

記載日: 令和 年 月 日

紹介医 鳥取市立病院

診療情報提供書(上部消化管内視鏡用)

鳥取市立病院
〒680-8501 鳥取市市場1丁目1番地
TEL 0857-37-1526

紹介医療機関の所在地・名称

科 _____ 先生 _____ 医師名: _____ 印 _____

フリガナ		男・女	生年月日	M・T・S・H
患者氏名				年 月 日生 (歳)
住 所	〒	電話番号	()	
検査予約日 (希望日)	月 日 () 曜日		時	分
主訴 及び 傷病名 病状経過				
内視鏡を行うのに当たり知っておきたい事項 (をつけてください)				
1 : 過去に内視鏡検査を受けた事がありますか	無	有		
2 : キシロカインのアレルギー	無	有		
3 : 抗コリン剤 (ブスコパン等) の使用 〔心疾患・緑内障・排尿障害・その他 () 〕	可	不可		
4 : グルカゴンの使用 〔糖尿病・その他 () 〕	可	不可		
5 : 生検の実施	可	不可		
6 : 抗凝固剤服用 使用薬剤・パナルジン・ワーファリン・アスピリン プレタール・小児用バファリン・その他 ()	無	有		
7 : 喘息の既往	無	有		
8 : 感染症 (H B V . H C V . ワ氏)	無	有		
現在の処方 その他 特記事項				
添付資料	無 ・ 有 持参フィルム (M D L) ・ 検査データ その他 ()			